تأثير الوضعية الاقتصادية الاجتماعية على صحة الأمهات في الجزائر بناء على معطيات المسحين الوطنيين الصحيين والديموغرافيين لسنتي 2002 و2006

بوالفخار ناصر*

استلم بتاريخ: 2018/07/27
قيم بتاريخ: 2018/09/02

ملخص

يتطرق المقال إلى تأثير الوضعية الاقتصادية الاجتماعية على صحة الأمهات في الجزائر. يعود هذا الاهتمام إلى بقاء معدلات وفيات الأمهات مرتفعة في الجزائر على الرغم من تسجيل مؤشرات ديموغرافية وصحية مقبولة في السنوات السابقة. تجدر الإشارة مع ذلك إلى أن وفيات الأمهات تسجل، ولو متأخرة، اتجاه نحو الانخفاض مع بداية الألفية الجديدة. للقيام بهذا التحليل قمنا بدراسة سلوك النساء فيما يخص متابعة حملهن وصحتهن أثناء الحمل، عند الوضع وبعده بالنظر إلى وضعيتهن الاقتصادية الاجتماعية.

باستخدام الطريقة الاحصائية المسماة تحليل المركبات الأساسية قمنا بتوزيع النساء على خمس فئات اقتصادية اجتماعية وقارنا نتائج التحليل فيما بينها. وقد سمحت هذه الدراسة بتأكيد وجود اختلافات معتبرة وهو ما يستدعي تحديد هذه الفئات بشكل دقيق واستهدافها عبر سياسات وبرامج من أجل تحقيق مستويات صحية مقبولة.

الكلمات الدالة

الوضعية الاقتصادية الاجتماعية؛ مسح الديموغرافيا والصحة؛ الجزائر؛ صحة الأم؛ متابعة الحمل.

* أستاذ محاضر بكلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة البليدة 2.

Résumé

Impact du statut socio-économique sur la santé maternelle en Algérie à travers les données des enquêtes nationales démographique et santé de 2002 et 2006

Le but de cet article est d'étudier l'effet de la situation socio-économique sur la santé maternelle en Algérie. Il a été remarqué que le taux de mortalité maternelle n'a pas adhéré parfaitement aux résultats de l'évolution des indicateurs de santé des phénomènes les plus proches. Cependant nous remarquons que la mortalité maternelle a connu un fléchissement conséquent en ce début du nouveau millénaire.

Par manque de données adéquates, notre étude s'est orientée vers l'analyse des comportements sanitaires des femmes pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après l'accouchement selon leur situation socioéconomique.

A l'aide de l'analyse des composantes principales nous avons composé cinq groupes socio-économiques de femmes que nous avons étudié et comparé. Des différences significatives ont été trouvées et qu'il faut prendre en considération pour cibler les groupes à risque auxquels il faut réserver un traitement particulier afin d'améliorer d'avantage la santé maternelle et baisser encore plus la mortalité maternelle.

Mots-clés

Statut socio-économique ; EDS ; Algérie ; santé maternelle ; suivi de la grossesse.

Abstract

Impact of the socio-economic situation on maternal health in Algeria based on data from national health and demographic surveys for 2002 and 2006

The purpose of this article is to study the effect of socioeconomic status on maternal health in Algeria. It has been noted that the rate of maternal mortality has not fully adhered to the results of changes in the health indicators of the nearest phenomena. However, we note that maternal mortality has declined significantly at the beginning of the new millennium.

Due to lack of adequate data, our study focused on the analysis of women's health behaviors during pregnancy, childbirth and postpartum, according to their socio-economic status.

Using the Principal Component Analysis, we composed five socio-economic groups of women that we studied and compared. Significant differences have been found and need to be considered in targeting at-risk groups that need special treatment in order to improve maternal health and reduce maternal mortality.

Keywords

Socio-economic status; DHS; Algeria; maternal health; pregnancy monitoring

1. مقدمة

حسب صندوق الأمم المتحدة الخاص بالسكان فإن 800 امرأة تقريبا تتوفي يوميا بسبب الحمل أو الوضع وأن الأطفال الذين تتوفى أمهاتهم لهم احتمال كبير بأن يتوفوا هم أيضا قبل بلوغهم السنة الثانية من العمر. ومقابل وفاة كل امرأة بسبب الأمومة يوجد 20 امرأة أخرى تعاني من مضاعفات صحية معقدة. من جهة ثانية فإن 90% من الوفيات التي تقع أثناء الحمل أو الوضع محلها آسيا أو إفريقيا (صندوق الأمم المتحدة، دون سنة). وقد دفع انتشار هذه الوفيات المجتمع الدولي للسعي بقوة لتخفيض معدلاتها وتسجيل ذلك ضمن أهداف التنمية للألفية الجديدة. تجدر الاشارة إلى أن الملاحظة الأولى حول هذه الظاهرة تلازمها والفقر والتنمية الضعيفة أو المنعدمة، حيث أن 99% من وفيات الأمهات تتم في الدول النامية مقابل 1% فقط في دول العالم المتقدم (صندوق الأمم المتحدة، دون سنة). وقد جاء في توصيات المؤتمر العالمي للسكان والتنمية، سنة 1994، وفي أهداف التنمية للألفية أن المطلوب هو تخفيض معدل وفيات الامهات خلال الفترة 1990-2015 بما مقداره 75%.

في الجزائر فإن معدل وفاة الأمهات ما انفك ينخفض، على الرغم من بقائه في مستوى مرتفع، حيث انتقل من 230 وفاة لكل 100000 ولادة حية (MSPRH, 2003) سنة 1989 إلى حوالي 93 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 2006 (Ouchatati, Non daté). وقد كان هذا المعدل، غداة تبني أهداف التنمية للألفية الجديدة، سنة 2000، مقدرا بحوالي 117 وفاة لكل 100000 ولادة حية. ويبقى التساؤل مطروحا حيال بقاء هذا المعدل مرتفعا بالنظر للإمكانات المتوفرة في الجزائر. للعلم فإن وفيات الأمومة تمثل 10% من مجموع وفيات النساء في العمر 15-49 سنة (Coppieters, 2011). وتدل هذه المعطيات على وجود خلل ما إذ لا يعقل أن تسجل الجزائر هذه المعدلات لوفيات الأمهات في الوقت الذي تسجل فيه عملية التكفل بالأمومة والمتابعة الصحية لمرحلة ما قبل الولادة نسبا جد مقبولة حيث وصلت إلى أكثر من 89.4% سنة 2006 وفي الوقت الذي تتم فيه 95.5% من حالات الوضع في الوسط الصحي[1].

بالنظر إلى أن توفر الخدمات الصحية المجانية والمعبر عنها بالعرض في مستوى جد مقبول خاصة من حيث الكم فإنه جدير بنا الالتفات إلى خصائص الفئة الطالبة للخدمة الصحية من حيث انتمائها الاقتصادي- الاجتماعي وعلاقته بمعرفتها وسلوكها تجاه مختلف أوجه الرعاية الصحية. ومبعث هذا الاهتمام هو الاختلاف المسجل بين جهات الوطن من جهة وبين الولايات من جهة ثانية. فمن خلال معطيات المسح الوطني

[1] حسب تقديرات وزارة الصحة فإن معدل وفيات الأمهات انخفض إلى حوالي 70 لكل 100000 سنة 2012.

لوفيات الأمهات والذي أجري سنة 1999 وُجد أن معدل وفيات الأمهات هو 50 لكل 100000 ولادة حية في الشمال مقابل 200 لكل 100000 ولادة حية في الجنوب، كما تم تسجيل 23 وفاة لكل 100000 ولادة حية في ولاية عنابة مقابل 239 وفاة لكل 100000 ولادة حية في ولاية أدرار (Bedrouni, 2007). ومن هذه النتائج يمكننا طرح فرضية أن مستوى وفيات الأمهات يمكن أن يعود كذلك إلى خصائص النساء أنفسهن من حيث سلوكياتهن الصحية ووضعيتهن الاقتصادية التي يمكن أن تحد من مستوى الوصول إلى الخدمات الصحية حتى المجانية منها. ومنه فإن هدف هذه الورقة هو دراسة خصائص النساء بشكل عام مع التركيز على مدى تأثير الانتماء الاقتصادي-الاجتماعي للمرأة على معرفتها وسلوكها الصحي.

2. منهجية الدراسة

1.2. وفرة المعطيات ومنهجية التحليل

على الرغم من أن وفيات الأمهات في الجزائر مرتفعة بالنظر إلى الإمكانات المسخرة من طرف السلطات العمومية في مجال الصحة العمومية عموما وصحة الأم والطفل خصوصا فإنها تعتبر ظاهرة نادرة من وجهة النظر الإحصائية. وهذا يعني أن الاستفاضة في دراستها تحتاج إلى عينات خاصة ذات حجم كبير بالإضافة طبعا إلى التسجيل الدقيق للمعطيات أثناء ملء الاستبيانات. وعند متابعة المعطيات التي جمعت حول موضوعنا فإننا نلاحظ شحا كبيرا خاصة فيما يتعلق بالمعطيات التي تسمح لنا بتحديد مستوى الظاهرة حيث أن المعدلات المتوفرة تستند فقط إلى تقديرات نظرية مسندة إلى بعض المعطيات المستقاة من الميدان. وفي هذا الإطار فإن توفر الخدمات الخاصة برعاية الأمومة والطفولة سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص يدفع القائمين على تقدير مستويات وفيات الأمهات إلى افتراض انخفاض مستمر لها وبالتالي الحصول على معدلات منخفضة لوفيات الأمهات. ويمكن التدليل على ذلك من خلال النسب المرتفعة والمضطردة للنساء المتلقيات لخدمات صحية من خلال المسوح المتتالية منذ المسح الوطني الجزائري حول الخصوبة لسنة 1986. لكن طبعا هذا لا يغني بأي حال من الأحوال عن التقديرات المباشرة من خلال التعداد أو المسوح المختصصة.

من نافلة القول إذا أن عملنا لن يعتمد على معدل وفاة الأمومة كمتغير تابع للعوامل الاجتماعية والاقتصادية. وستكون الاستعاضة عن ذلك بالمتغيرات الدالة على معرفة النساء بالمسائل الصحية المطروحة في الاستبيان وكذلك إلى مدى لجوئهن إلى الخدمات الصحية المقدمة في القطاعين العام والخاص. من المفيد أن نذكّر أن أغلب ما طرح من أسئلة حول الصحة في المسوح المنجزة في الجزائر متجه إلى النساء

اللائي كانت لهن على الأقل تجربة واحدة مع الحمل وبالضبط في السنوات السابقة تماما للمسح المنجز. أما المعرفة والسلوكيات الصحية للمرأة والتي لا يكون لها صلة مباشرة بالحمل فهي تدخل في نطاق الصحة العامة وهي ليست ضمن موضوع دراستنا.

بالنسبة للمتغير المستقل الدال على الوضعية الاقتصادية الاجتماعية فإننا تحصلنا عليه من خلال استخدام التقنية الاحصائية المسماة "تحليل المركبات الأساسية" والتي سمحت لنا باختصار الكثير من المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية المستقلة في مركبات أساسية قليلة تسمح لنا بالتحليل بشكل أكثر اختصارا. والمبدأ الاساسي لهذه التقنية أن بعض المتغيرات قد تكون مرتبطة ارتباطا قويا ببعضها البعض وبالتالي فإن استخدامها جميعها واحدة واحدة مع المتغير التابع لا يضيف كثيرا إلى معلوماتنا بما أنها ستعطينا في النهاية نفس النتيجة وبالتالي فهي تعبر عن متغير خفي واحد يقف وراءها جميعا. وتسمح هذه التقنية إذا باستخراج هذا المتغير الخفي والذي يسمى بالمركبة الاساسية. إذا فهدفنا هو استخراج المركبات الأساسية التي تتميز بخاصية مهمة وهي أن كل مركبة تمثل بعدا مختلفا عن باقي المركبات الأخرى.

وقد وجد المختصون في الإحصاء أن المركبة الاساسية الاولى هي المهمة والتي تستخدم عادة لتوزيع الوحدات الإحصائية المدروسة. ومنه فإن نساء العينة سيتم توزيعهن إلى خمس فئات حسب القيمة التي تتحصل عليها كل امرأة بالنسبة للمركبة الأساسية الأولى:

- الفئة الأولى: تمثل فئة النساء المتحصلات على أضعف القيم بالنسبة للمركبة الأساسية الأولى. وبالتالي فهي الفئة التي يجب التركيز عليها من أجل تحسين المستوى الصحي للأمهات؛
- الفئة الثانية: هي الفئة التالية للأولى وبالتالي فهي أحسن حالا منها على الرغم من أنها ليست بعيدة عنها؛
- الفئة الثالثة: تمثل الفئة الوسيطة التي تقع بين مجموعتي أحسن وأسوء النساء بالنسبة للمركبة الاساسية؛
- الفئة الرابعة: الفئة قبل الأخيرة والتي تمثل الأمهات اللائي لهن قيم جد مقبولة بالنسبة للمركبة الاساسية الأولى؛
- الفئة الخامسة: تمثل فئة النساء المتحصلات على أحسن القيم بالنسبة للمركبة الأساسية الأولى.

بعد تقسيم النساء إلى خمس مجموعات، من الأسوأ إلى الأحسن فإننا سنقوم بالدراسة المقارنة بين هذه المجموعات للوصول إلى مدى المعرفة والسلوك المختلفان/ المتشابهان بين هذه المجموعات.

لإنجاز هذا العمل فإننا اعتمدنا أساسا على قاعدة معطيات المسح الوطني الخاص بصحة الأسرة لسنة 2002 مع السعي للمقارنة بمعطيات مسح 2006 المتوفرة في التقرير النهائي.

2.2. مصداقية أداة التحليل

إن استخدام التقنية الإحصائية المسماة " تحليل المركبات الأساسية " في دراسة تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية أثبتت فعاليتها واصبحت تستخدم حاليا من طرف البنك العالمي. وقد كان للدراسة التي قام بها بريتشت وفليمر (Pritchett & Filmer) تأثير كبير في انتشار استخدام هذه التقنية حيث أنهما بيّنا أن هذه التقنية تعطي نتائج قريبة بل أحسن في تقدير المستوى المعيشي والحالة الاقتصادية للأسر وهذا مقارنة بالمنهجية المعتمدة على السلع المستهلكة في الأسرة أو الدخل (Filmer & Pritchett, 2001).

للتأكد من إمكانية التحليل باستخدام معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة لسنة 2002 فإننا نقدم أولا الجدول 1 والذي يعطينا قيمة المؤشر KMO وألفا كرنباخ (Alpha de Cronbach) بالإضافة إلى قيمة التباين المفسر حسب تقنية "تحليل المركبات الأساسية".

للإشارة فقد استخدمنا هنا مؤشرين اثنين الأول اقتصادي مبني على السلع المعمرة ومكونات المسكن حسب ما بينه بريتشت وفيلمر بينما يعتمد المؤشر الثاني وفق نفس المنهجية على المتغيرات الاجتماعية للمرأة وزوجها خاصة والمتمثلة أساسا في المستوى التعليمي للزوجين وعمل المرأة ووظيفة الزوج.

جدول 1: مؤشر KMO وألفا كرنباخ والتباين للمؤشرين الاقتصادي والاجتماعي (مسح 2002)

	المؤشر الاقتصادي		المؤشر الاجتماعي
	ريف	حضر	
مؤشر KMO	0 ,71	0,78	0,6
ألفا كرونباخ	0,71	0,77	0,6
التباين المفسر	60	62	60
التباين المفسر بالمركبة الأولى	22	21	60

بالنظر إلى النتائج الواردة في الجدول 1 نستطيع القول إن استخدام التقنية السالف ذكرها متاحة وأن النتائج لها اعتبار احصائي.

3. النتائج

سنتطرق إلى صحة الأمهات من خلال تناول الرعاية الصحية المقدمة لهن عبر ثلاث فترات: أثناء الحمل، أثناء الوضع وبعد الوضع.

1.3. الخدمات الصحية أثناء الحمل

إن معاينة الحمل جد مهمة لأنها تسمح بالحصول على المعلومات الضرورية لمتابعة الحمل وتقدير مدى الخطورة، إن وجدت. وتتمثل الرعاية المقدمة أثناء هذه الفترة في الفحص الطبي الذي يهتم ببعض الأمور المهمة للأم والجنين. ومثال ذلك قياس ضغط الدم، تحليل الدم والبول، قياس الوزن والاطلاع على الحالة الصحية العامة للأم بالتعرف مثلا على الأمراض التي عانت أو تعاني منها ...إلخ. بالإضافة إلى ذلك فيمكن للمرأة أن تتلقى بعض النصائح والإرشادات التي تتعلق بالطعام المتوازن وبعض مظاهر الأحمال الخطيرة.

يتضح من المعطيات مسح 2002 أن نسبة النساء اللائي تابعن حملهن الأخير والمولود خلال الخمس سنوات السابقة للمسح بلغت حوالي 81%. كما قدرت نسبة الأحمال المعاينة من طرف طبيب بحوالي 62% بينما كانت نسبة الأحمال المعاينة من طرف قابلة 30%.

بالعودة إلى المؤشرين الاقتصادي والاجتماعي فإنه يمكننا أن نلاحظ من خلال الجدول 2 أن هناك اختلافا جليا حسب الانتماء الاقتصادي أو الاجتماعي. ويتجلى

الاختلاف خاصـــة فيما يخص متابعة الحمل من طرف الطبيب إذ نلاحظ تدرجا واضـــحا كلما انتقلنا من الفئة الأولى والتي تمثل أضـــعف الفئات وصـــولا إلى الفئة الخامسة والتي تمثل أحسن الفئات.

كما يتضـــح من الجدول أن المؤشـــر الاجتماعي والمبني على أســـاس وظيفة الزوج وعمل المرأة والمســـتوى التعليمي للزوجين هو الذي له القدرة أكثر في التفريق بين الفئات من حيث مستوى المتابعة للحمل.

جدول 2: نسبة متابعة الحمل حسب المؤشر الاقتصادي والاجتماعي (مسح 2002)

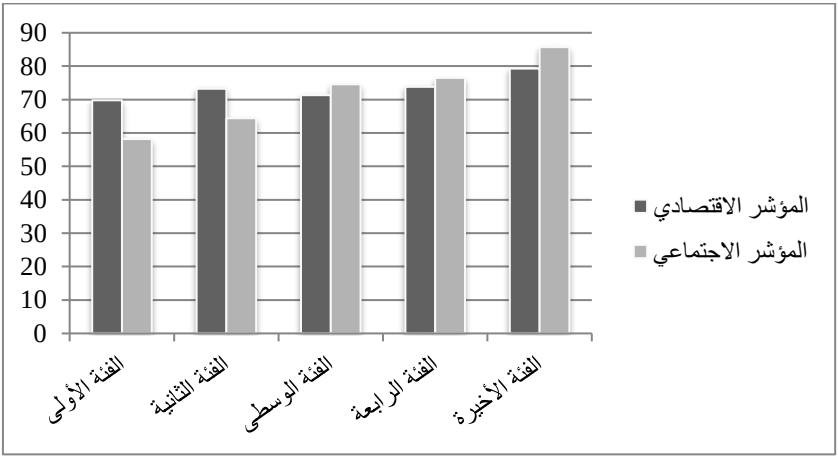
	الفئة الأولى	الفئة الثانية	الفئة الوسطى	الفئة الرابعة	الفئة الأخيرة	المجموع
	المؤشر الاقتصادي					
حمل متابع	77,0	77,3	81,3	86,5	81,7	80,6
متابعة من قبل طبيب	56,6	59,0	62,4	65,7	68,3	62,1
متابعة من قبل قابلة	31,5	28,4	31,8	32,9	24,4	29,9
	المؤشر الاجتماعي					
حمل متابع	59,4	74,3	81,7	87,0	94,5	80,6
متابعة من قبل طبيب	47,2	56,6	59,1	63,2	77,8	62,1
متابعة من قبل قابلة	18,9	27,3	33,9	35,5	33,4	29,9

وبحسب معطيات المسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2006 فإن مستوى متابعة الحمل يرتفع إلى 90,3% بالنسـبة لآخر ولادة حية مسـجلة خلال العامين السـابقين للمسـح (ONS, 2006). وقد كانت نسـبة الأحمال المتابعة من طرف طبيب حوالي 76,4% ونسـبة الأحمال المتابعة من طرف قابلة 13%. وباتباع منهجية مماثلة فيما يخص المؤشر الاقتصادي تمكن أصحاب المسح السالف الذكر من استخراج النتائج الواردة في الجدول 3 أدناه.

جدول 3: نسبة متابعة الحمل حسب المؤشر الاقتصادي (المسح الوطني متعدد المؤشرات، 2006)

	الفئة الأولى	الفئة الثانية	الفئة الوسطى	الفئة الرابعة	الفئة الأخيرة	المجموع
	المؤشر الاقتصادي					
حمل متابع	77,2	90,3	94,1	95,2	98,2	90,3
متابعة من قبل طبيب	62,3	74,5	77,9	81,4	90,4	76,4
متابعة من قبل قابلة	13,5	15,0	15,0	13,3	7,4	13,0

ويتضح من هذه المعطيات أن هناك تحسنا مستمرا في نسبة الأحمال المتابعة خلال الفترة الفاصلة بين المسحين. ويؤكد ذلك النتائج السابقة حيث نلاحظ أن نسبة متابعة الأحمال تتأثر بشدة بالمؤشر الاقتصادي المعبر عن رفاه الأسر ومستواهم المعيشي. ويظهر التباين بين النساء خاصة عند التوقف عند نسبة الأحمال المتابعة من طرف الطبيب إذ يكاد الفرق بين الفئة المحظوظة والفئة الأقل حظا يصل إلى 30 نقطة. كما يمكن ملاحظة الاتجاه نحو الحصول على معاينة الطبيب بدل القابلة خاصة في مسح 2006 إذ نجد أن أعلى نسبة هي 15% والمسجلة عند الفئتين الثانية والثالثة.



شكل 1: نسبة الأمهات المعاينات لأحمالهن خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل حسب الفئات (مسح 2002)

عند متابعة نسبة الأمهات اللائي قمن بالمعاينة لأحمالهن خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل نجد أولا أن هذه النسبة تقترب من الثلاثة أرباع وهي نسبة مقبولة ولكنها قابلة للتحسين أكثر كما نلاحظ أن هناك أفضلية للنساء في الفئة المحظوظة خاصة عند النظر إلى المؤشر الاجتماعي أين نلاحظ أن الفارق بين الفئة الأولى والأخيرة يقارب 28 نقطة.

2.3. الخدمات الصحية عند الوضع

إن الولادة عملية فيزيولوجية وأمر طبيعي عند المرأة ومن المفروض أن تحدث - عموما إلا في بعض الحالات الخاصة- بكل سلاسة ودون أي عواقب بشرط احترام قواعد النظافة ووجود مساعدة. وكي تكون أكثر أمانا فإنها يجب أن تكون في

مؤسسات صحية وتتطلب وجود مساعدة من أفراد أكفاء ووجود التجهيزات الضرورية خاصة بالنسبة للحالات الصعبة. وغالبا ما تكون الولادة الآمنة مرتبطة بالمتابعة الجيدة للحمل من حيث معرفة مدى خطورته ووضع الجنين والحالة الصحية للحامل...إلخ.

بمتابعة المعطيات المتوفرة فإننا نجد أن نسبة الولادات التي تتم في مؤسسات صحية، أي بحضور المساعدة التقنية، ما انفكت ترتفع حيث كانت 76% سنة 1992 وارتفعت إلى حوالي 90% سنة 2002 لتصل إلى 95,3% سنة 2006. إن هذا الارتفاع ستكون له لا محالة نتائج إيجابية على صحة الأم والطفل على السواء.

جدول 4: توزيع النساء حسب مكان وضع آخر ولادة حية وحسب المؤشر الاقتصادي والاجتماعي (مسح 2002)

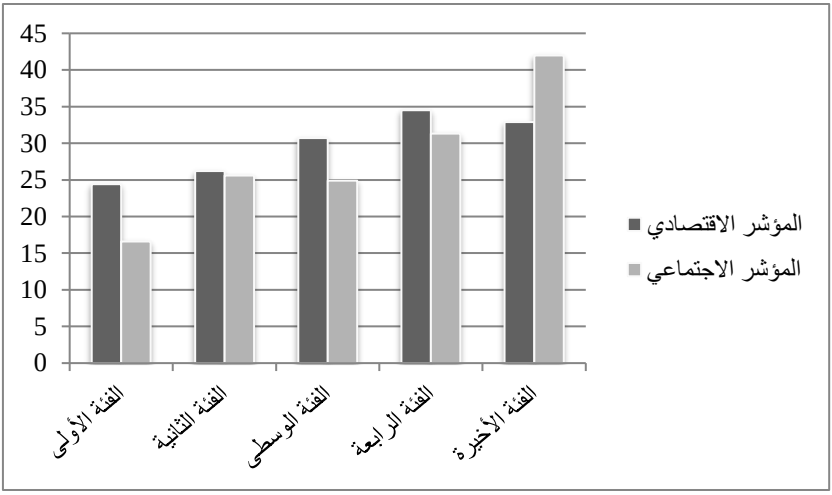
	الفئة الأولى	الفئة الثانية	الفئة الوسطى	الفئة الرابعة	الفئة الأخيرة	المجموع
المؤشر الاقتصادي						
مصحة عامة	85,2	89,7	87,2	89,2	84,6	87,3
مصحة خاصة	1,5	2,1	3,8	4,3	7,0	3,6
مؤسسة صحية	86,7	91,8	91	93,5	91,6	90,9
البيت	13,2	7,8	8,6	6,3	8,2	8,9
أخرى	,1	,4	,4	,1	,2	,3
المؤشر الاجتماعي						
مصحة عامة	76,8	87,3	90,4	91,7	89,1	87,3
مصحة خاصة	0,2	1,4	3,2	4,1	8,1	3,6
مؤسسة صحية	77	88,7	93,6	95,8	97,2	90,9
البيت	22,5	11,0	6,4	3,8	2,8	8,9
أخرى	,5	,3	,0	,5	,0	,3

رغم هذه النسب المرتفعة والتي تدل مبدئيا على وجود اتجاه عام نحو تحقيق الولادة الآمنة إلاّ أن بعض التباين لا يزال ملاحظا حسب فئات الانتماء المبنية على المؤشرين الاقتصادي والاجتماعي كما يبينه الجدول 4.

ويمكننا أن نلاحظ من هذه المعطيات أن هناك ارتفاعا خطيا في نسبة الوضع بالمؤسسات الصحية من الفئة الأقل حظا إلى الفئة المحظوظة. كما يمكننا أن نرى انفصالا واضحا للفئة الأولى خاصة بالنسبة للمؤشر الاجتماعي. ويدل ذلك على أن المتغيرات غير المادية تحوز دورا مهما في الدفع نحو الأمومة الآمنة.

3.3. الرعاية الصحية بعد الولادة

تدل المعطيات المتوفرة أن 30% من الأمهات قمن، خلال مسح 2002، بمتابعة صحية بعد الوضع وتصل هذه النسبة إلى 34% في الحضر مقابل 26% في الريف وتصل إلى 22% عند الأميات مقابل 56% عند النساء اللائي لهن مستوى تعليمي ثانوي وأكثر (ONS, 2002). وتدل هذه المعطيات أن هناك انخفاضا كبيرا في متابعة الحالة الصحية للمرأة مقارنة بالمتابعة أثناء الحمل.



شكل 2: نسب الأمهات اللاتي تحصلن على الرعاية الصحية بعد الوضع وفق المؤشر الاقتصادي والاجتماعي (مسح 2002)

بالعودة إلى المؤشرين الاقتصادي والاجتماعي فإنه يمكننا ملاحظة أن الفئتين الأخيرتين أكثر التجاء للرعاية الصحية بعد الوضع. ومرة أخرى يظهر أن المتغيرات غير المادية هي الدافع الأكبر إلى الرعاية الصحية. ومن حسن الحظ أن هذه المتغيرات يمكنها العمل في ظل مجانية العلاج في القطاع العام وإلاّ فإن الأمور كانت لتكون مغايرة.

ويعود سبب تراجع نسب الرعاية الصحية بعد الوضع أساسا إلى عدم وجود مضاعفات بعد الحمل كما يدل على ذلك الجدول 5 أدناه. هنا أيضا يمكننا ملاحظة وجود تدرج في نسبة عدم المتابعة بالنظر إلى عدم وجود مضاعفات عبر فئات

الأمهات والتي تظهر أكثر عند استخدام المؤشر الاجتماعي. كما نلاحظ، عند استخدام المؤشر الاجتماعي، أن التكلفة العالية تظهر كسبب في عدم السعي للرعاية الصحية بعد الوضع بالنسبة للفئتين الأولى والثانية خاصة الأولى. وقد لا يكون ذلك دليلا على أن التكلفة الكبيرة تعرقل الرعاية الصحية بقدر ما تدل على التوجه نحو طلب متزايد لاستخدام خدمات القطاع الخاص أو بعد مراكز الأمومة والطفولة عن الأم خاصة في الريف.

جدول 5: توزيع النساء حسب سبب عدم المتابعة الصحية بعد الوضع وفقا للمؤشر الاقتصادي والاجتماعي (مسح 2002)

	الفئة الأولى	الفئة الثانية	الفئة الوسطى	الفئة الرابعة	الفئة الأخيرة	المجموع
			المؤشر الاقتصادي			
عدم وجود مضاعفات	68,3	73,7	78,3	76,3	75,2	74,1
تجربة سابقة	6,6	4,9	6,1	6,8	8,4	6,5
عدم إدراك الأهمية	6,3	6,4	3,9	5,7	5,2	5,5
عدم توفر الخدمة	3,3	2,2	2,0	1,1	2,5	2,2
تكلفة عالية	11,5	9,3	7,0	7,0	6,8	8,5
مشغولة/الزوج مشغول	1,2	1,9	1,7	1,3	0,7	1,4
أخرى	2,8	1,7	1,1	1,9	1,1	1,7
			المؤشر الاجتماعي			
عدم وجود مضاعفات	57,0	72,8	79,5	81,4	81,3	74,1
تجربة سابقة	6,6	6,6	6,2	7,1	6,2	6,5
عدم إدراك الأهمية	6,6	4,9	4,7	4,9	6,9	5,5
عدم توفر الخدمة	5,1	2,2	0,8	1,4	0,9	2,2
تكلفة عالية	20,8	11,1	6,2	2,6	0,9	8,5
مشغولة/الزوج مشغول	1,7	1,2	1,2	1,7	0,9	1,4
أخرى	2,1	1,2	1,6	0,9	2,8	1,7

4. مناقشة النتائج

من خلال ما سبق اتضح لنا أن معدل وفيات الأمهات سجل تراجعا معتبرا لكنه رغم ذلك لايزال متفاوتا بين فئات النساء المختلفة على الرغم من مبدأ العلاج المجاني المضمون دستوريا. حتى وإن تحقق للبلاد هدف الألفية المرتبط بصحة الأمهات والمتمثل في تخفيض وفيات الأمهات بين التاريخين 1992 و2015 بما مقداره 75% فهذا لا يعني أن البلاد لا تستطيع الذهاب أكثر من ذلك. والقيام بالدراسات المقارنة واتخاذ الإجراءات المنبثقة عن نتائجها خطوة مهمة لتحقيق نتائج ملموسة.

إن أسباب ارتفاع المعدلات المذكورة مرتبط من جهة بعرض الخدمات كما هو مرتبط بالطلب عليها. وفي هذا الإطار فإنه لا يكفي التركيز على توفير الخدمات بطريقة متوازنة بين كل جهات الوطن بل يجب الالتفات أيضا إلى العمل على تحقيق مستوى معرفة وإدراك (وعي صحي) مقبولين عند طالبات الخدمة الصحية. أي أن توفير الجانب الطبي البحت قد يؤدي إلى الحصول على مستوى صحي معين لكنه لا يكفي للحصول على رعاية صحية في مستويات قياسية. وهذا ما يجعل من معدلات وفيات الأمومة مؤشرات للتنمية، مثل وفيات الرضع والأطفال، لأن تخفيض هذه المعدلات لا يتوقف على الجانب الطبي فقط بل هو مرتبط بالبيئة المحيطة وبالأحوال الاقتصادية والاجتماعية وحتى الثقافية للمجتمع السكاني محل الاهتمام.

من خلال النتائج السابقة استطعنا بناء مؤشرين معتبرين إحصائيا، حسب المؤشرات المستخدمة للمراقبة، للتدليل على الوضعية الاقتصادية والاجتماعية للمرأة وهذا من خلال تشكيل فئات متجانسة. كما استطعنا من خلال تركيزنا على الاختلافات في المعرفة والسلوك عبر هذه الفئات التأكيد على أن لهذه العوامل الاقتصادية والاجتماعية دورا يجب أخذه في الاعتبار من أجل الوصول إلى رعاية صحية جيدة.

في الختام ننوه إلى أهمية إجراء مسوح متلائمة مع طبيعة الظواهر المدروسة مع إتاحة استخدامها للباحثين للوصول إلى النتائج المرجوة. وقد رأينا أننا، ولقلة المعطيات أو حتى لانعدامها، فإننا التجأنا لدراسة الطلب على الخدمات الصحية بدلا من دراسة الأسباب القابعة وراء ارتفاع معدلات وفيات الأمهات حسب الوضعيات الاقتصادية والاجتماعية المختلفة.

المراجع

1. Coppieters Yveset and al (2011). « Analyse des facteurs de la mortalité maternelle dans le sud algérien », Santé Publique, 2011/5 Vol. 23, p. 413-426.
2. Filmer, D., Pritchett, LH (2001). Estimating Wealth Effects Without Expenditure Data – or Tears: An Application to Educational Enrolments in States of India. Demography, Volume 38-Number 1: 115–132.
3. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (2003). Population et Développement En Algérie CIPD+10, Rapport National, Décembre 2003.

4. Mohamed BEDROUNI (2007). La démographie régionale en Algérie : Analyses comparatives, thèse de doctorat, Université SAAD DAHLEB, Algérie.
5. Office National des Statistiques (2002). Enquête Algérienne Sur La Sante De La Famille, Rapport Final.
6. Office National des Statistiques (2006). Enquête nationale à indicateurs multiples, rapport principal, p 123.
7. Ouchtati Mohamed (Non daté). OMD5 et mortalité maternelle : confluence et sommation croisées de toutes les inégalités.
8. الموقع الرسمي لصندوق الأمم المتحدة الخاص بالسكان.